

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

413

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 juillet 1895, à 1 heure

PAR

M. AUGUSTE FOUBARD

Né le 1^{er} Janvier 1870, à Entrains (Nièvre).

ÉTUDE

SUR LE

TRAITEMENT DES LUPUS

DES MEMBRES

ET EN PARTICULIER DES LUPUS VERRUQUEUX

PAR LE RACLAGÉ ET L'ABLATION AU BISTOURI

Président : M. FOURNIER

Juges : MM. { LANDOUZY, professeur.
BRISSAUD et GRANCHER agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 juillet 1895, à 1 heure

PAR

M. AUGUSTE FOUBARD

Né le 1^{er} Janvier 1870, à Entrains (Nièvre).

ÉTUDE

SUR LE

TRAITEMENT DES LUPUS

DES MEMBRES

ET EN PARTICULIER DES LUPUS VERRUQUEUX

PAR LE RACLAGÉ ET L'ABLATION AU BISTOURI

Président : M. FOURNIER

Juges : MM. { LANDOUZY, professeur.
BRISSAUD et GRANÇHER agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*

PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Histoire naturelle médicale	GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBENE.
	STRAUS.
Clinique médicale.	G. SÉE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique des malad. des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBERT.	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATION	SEBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJAN
CHARRIN.	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

Officier de la Légion d'Honneur
Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine.

INTRODUCTION

Le sujet que nous avons l'intention d'aborder dans ce modeste travail pourrait, au premier abord, paraître bien rebattu.

Connus depuis la haute antiquité, les lupus ont été l'objet de méthodes thérapeutiques extrêmement variées, et, aujourd'hui encore, les moyens employés pour les détruire sont nombreux. Il semblerait donc que le dermatologiste peut faire suivant les cas un choix raisonné parmi les traitements usités de nos jours. Mais, si nous nous rapportons aux publications les plus récentes des dermatologistes français et étrangers sur ce sujet, nous voyons que, en face d'un même cas, les opinions les plus diverses peuvent être émises par des cliniciens de valeur. Les uns préfèrent les

caustiques chimiques, d'autres le cautère actuel ; il en est qui ont recours aux scarifications, d'autres au raclage. Quelques-uns enfin, des allemands principalement, préfèrent l'extirpation totale des tissus malades avec le bistouri, absolument comme le chirurgien extirpe un néoplasme de la peau.

Le but que nous nous proposons serait, avant tout d'indiquer la supériorité des résultats obtenus par les deux méthodes véritablement chirurgicales qui sont, à notre avis, le raclage et l'ablation au bistouri. Nous nous efforcerons de montrer les excellents résultats, les guérisons extraordinairement rapides que ces méthodes peuvent fournir lorsqu'elles sont aidées d'une antisepsie rigoureuse.

Pour les employer, nous avons surtout vu utiliser les propriétés anesthésiantes de la cocaïne ; nous voudrions aussi, à ce propos, dire quelques mots de l'emploi de la cocaïne en dermatologie. On serait tenté de croire que, après les admirables travaux de M. Reclus, l'emploi des solutions de cocaïne est absolument réglé, que toutes les difficultés et tous les avantages de son emploi sont parfaitement déterminés. Il n'en est rien, et, pour s'en rendre compte, il suffit de se rapporter aux bulletins de la Société de Dermatologie du mois d'avril dernier.

La communication de M. le professeur Sabrazès, de Bordeaux, et les objections de M. Besnier, l'éminent dermatologiste de l'hôpital Saint-Louis, démontrent surabondamment que l'emploi de la cocaïne en dermatologie n'est pas chose courante, c'est que si cet agent d'anesthésie locale a des partisans, il compte aussi des indifférents et des détracteurs.

Pour ces raisons diverses, nous croyons que le sujet que nous abordons n'est pas dénué d'intérêt.

Mais tout d'abord nous avons à remplir un devoir impérieux.

Nos maîtres de la faculté de Paris et nos maîtres dans les hôpitaux, nous ont prodigué leurs leçons et leurs conseils ; nous leur adressons ici l'humble hommage de notre reconnaissance. Nous adressons aussi nos plus sincères remerciements à tous ceux qui, à un titre quelconque, nous ont facilité l'étude des sciences médicales en nous guidant dans nos explorations au lit du malade, en nous dirigeant dans nos travaux. Nous tenons aussi à remercier notre ami, M. Le Damany, interne des hôpitaux, pour le concours qu'il a bien voulu nous prêter dans l'accomplissement de notre thèse.

Monsieur le Professeur Fournier nous a fait

l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse ;
nous le prions de vouloir bien agréer l'expression
de notre reconnaissance.

ÉTUDE
SUR LE
TRAITEMENT DES LUPUS DES MEMBRES
ET EN PARTICULIER DES LUPUS VERRUQUEUX
PAR LE RACLAGÉ ET L'ABLATION AU BISTOURI

CHAPITRE I

DESCRIPTION DU LUPUS VERRUQUEUX

Les dermatologistes divisent les lupus en deux grandes classes, le *lupus tuberculeux* ou lupus vulgaire, et le *lupus érythémateux*. Si le lupus érythémateux est encore l'objet de nombreuses discussions en ce qui concerne sa nature, les uns plaçant pour son origine bacillaire, d'autres protestant contre cette opinion, quelques-uns enfin acceptant

un moyen terme, en revanche, pour ce qui est du lupus vulgaire, l'accord paraît établi. Ainsi nous lisons dans l'ouvrage de M. Brocq (Traitement des maladies de la peau, article Lupus, page 486) :

« La nature réellement bacillaire du lupus est
« à l'heure actuelle tout à fait démontrée pour la
« plupart des formes que nous avons énumérées
« plus haut, en particulier pour le tubercule ana-
« tomique, le lupus scléreux papillomateux (lupus
« verrugueux) les formes ulcéreuses serpiginieuses,
« etc. M. le Dr Leloir vient de démontrer qu'il en
« est de même pour les formes myxomateuses,
« colloïdes, etc. Il semble donc certain que le
« lupus vulgaire n'est qu'une tuberculose atténuée
« (Leloir et Cornil); nous disions atténuée à
« cause de son peu de violence et de la grande
« rareté des bacilles dans le tissu morbide. »

Cette opinion, d'ailleurs corroborée par les travaux de M. Besnier et par ceux de ses élèves, est fondée sur des arguments de trois sortes, dont quelques-uns sont de véritables preuves :

1° Les lupus vulgaires s'observent chez des individus fréquemment atteints en d'autres points du corps des lésions tuberculeuses : Tuberculose

ganglionnaire, tuberculose viscérale (poumons, plèvre, péritoine, os, etc.).

2° Sur des coupes de lupus tuberculeux on trouve, bien qu'en petit nombre, le bacille de Koch.

3° Les inoculations de fragments de tissu lupique dans le tissu cellulaire sous-cutané de cobayes détermine très rapidement, le développement de la tuberculose chez ces animaux : abcès froid au point d'inoculation, et, le plus ordinairement, tuberculose généralisée.

Or, le lupus vulgaire, lupus tuberculeux, autrement dit, lupus manifestement produit par le développement du bacille de Koch dans le derme, comprend un certain nombre de variétés dont les plus importantes sont :

Le lupus vulgaire proprement dit, qui, dans sa forme habituelle, est essentiellement constitué par de petits grains d'un rouge jaunâtre, plus ou moins clairs et transparents, enchâssés dans le derme, recouverts d'épiderme qui laisse voir par transparence ces petits grains dont l'aspect a été comparé à celui du sucre d'orge ou de la gelée de pomme.

Ces tubercules peuvent être discrets : lupus tu-

berculeux disséminé; d'autres fois ils peuvent, et le cas est plus fréquent, se réunir, devenir confluents, ainsi se trouve constitué le lupus tuberculeux agminé.

Ce lupus tuberculeux agminé, peut suivre son évolution sans donner lieu à la formation d'aucune ulcération, alors le lupus est dit *non exedens*; lorsqu'il s'ulcère, il devient *exedens* ou ulcéreux.

Ces lupus sont en général superficiels à la face (fait qui n'est pourtant pas constant). Aux membres, ils peuvent être profonds. Ils se compliquent alors d'un processus hyperplasique de tissu fibreux et de productions verruqueuses plus ou moins marquées, parfois géantes. Comme il est fréquent de l'observer dans les variétés précédentes, ces lupus hyperplasiques des membres suivent toujours une évolution excentrique. C'est à ce mode d'évolution, que se rattachent les scrofulides serpigineuses, végétantes, papillomateuses, les lupus scléreux, papillomateux, éléphantiasiques. A ces variétés aussi, doivent se rattacher le tubercule anatomique et enfin, la variété que nous voulons étudier ici, c'est-à-dire la tuberculose verruqueuse de la peau de Riehl et Paltauf, dont, d'après M. Brocq la description clinique se confond, pour ainsi dire,

avec le lupus scléreux de Vidal et la scrofulide verruqueuse de Hardy.

Cette variété de lupus (lupus scléreux de Vidal, scrofulide verruqueuse de Hardy, lupus verruqueux ou tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf) a été décrite par ces deux derniers auteurs en 1885 et 1886. Ils la considéraient comme une variété de tuberculose de la peau non encore décrite, et, d'après eux, absolument distincte, au point de vue clinique, des lupus, des altérations scrofuleuses du derme (scrofulodermes) et des papillomes, bien qu'elle eût avec ses différentes affections un certain nombre d'analogies objectives. Mais, d'après M. Brocq, « il faut bien savoir que, pour la plupart des auteurs qui se sont occupés depuis de cette affection, le lupus scléreux papillomateux, le tubercule anatomique et la tuberculose verruqueuse de Riehl sont des dermatoses à peu près, sinon absolument identiques. » M. Vidal et M. Besnier, sont même portés à croire qu'on devrait ranger dans le même groupe les folliculites et périfolliculites agminées subaiguës de Quinquaud.

Merklen, dans les *Annales de Dermatologie* (1886), a bien résumé les grands caractères cliniques de la tuberculose verruqueuse de la peau et nous ne

saurions mieux faire que de résumer ici son travail.

La tuberculose verruqueuse de la peau siège le plus habituellement sur la face dorsale des mains et des doigts, elle occupe fréquemment aussi des espaces interdigitaux. Nous l'avons (observations personnelles) rencontré sur l'avant-bras, le pied, la région tibio-tarsienne. Son aspect le plus habituel est celui de plaques, dont les dimensions varient de celles d'un pois à celles d'une pièce de cinq francs en argent. Leur forme est arrondie ou ovulaire, parfois circinée ou serpigineuse, surtout lorsque la plaque résulte du développement et de la confluence de plusieurs éléments primitivement isolés. D'autres fois enfin, elles ont des formes très irrégulières, sans aucune configuration géométrique.

Lorsque la plaque de lupus verruqueux est complètement développée, elle est constituée par : 1° une zone périphérique formée par une rougeur qui disparaît sous la pression du doigt et qui ne forme aucune saillie appréciable. Dans l'étendue de cette zone périphérique, la peau est lisse, quelquefois même elle a un aspect luisant et brillant. Dans cette partie de la lésion, les orifices glandulaires

sont nettement distincts et facilement visibles.

2° En dedans de cette première zone, s'en trouve une deuxième, plus interne, au niveau de laquelle on remarque de petites pustules très superficielles, ou bien des croûtelles arrondies ou des squames, vestiges des pustules antérieurement existantes. Dans ces points, la surface cutanée est brunâtre, avec une teinte livide toute spéciale. La pression du doigt fait disparaître cette coloration ; mais il n'en persiste pas moins une pigmentation jaunâtre de la peau. Il n'y a donc, par la pression digitale, qu'une décoloration incomplète. Cette deuxième zone, contrairement à la précédente, est légèrement infiltrée, un peu épaissie par la congestion du derme.

3° La troisième zone, plus centrale encore, formant une saillie de deux à cinq millimètres au-dessus du niveau des téguments, caractérisée par un aspect irrégulier, hérissée de saillies papillomateuses, d'autant plus accentuées qu'on examine un point plus rapproché du centre. Ces saillies sont recouvertes de croûtes adhérentes et d'un épiderme très épais et corné. Dans l'intervalle de ces papilles hypertrophiées dont l'aspect rappelle un peu celui d'une verrue, on voit, ordinairement

très nette, et parfois même assez profondes, des fissures, des rhagades, de petits abcès intra-dermiques, de telle sorte que, par la pression, on peut faire sourdre de petites gouttes de pus ; mais l'existence de ces petits abcès n'est nullement constante, elle n'a même pas été signalée dans les observations que nous rapporterons à la fin de cet ouvrage.

Cette affection a une marche très lente : fréquemment même, elle présente une certaine tendance à rétrocéder. Il se produit une cicatrice squameuse, mince, superficielle, ayant un aspect criblé ou réticulé sur fond violacé.

Les symptômes subjectifs, sont ordinairement peu marqués : le lupus verruqueux ne s'accompagne pas de douleurs spontanées. Il n'en est pas moins une cause importante de gêne et de souffrance, car il est très sensible à la pression et même aux moindres contacts, si fréquents chez les manouvriers, c'est-à-dire chez les gens qui en sont le plus ordinairement affectés.

Nous avons dit que la marche de cette affection était très lente. Il est donc évident que sa durée est très longue. Elle se compte par années, et on

peut donner comme chiffres moyens, une durée de deux à quinze ans.

Son extension, dit M. Brocq, est irrégulière et intermittente. Son évolution est ordinairement excentrique ; mais tantôt le processus d'envahissement porte sur toute la périphérie de la lésion, tantôt, au contraire, sur un point seulement. Alors elle affecte une marche véritablement serpentineuse.

Contrairement à ce qui a lieu pour la plupart des autres formes des lupus, la tuberculose verruqueuse de la peau, s'observe fréquemment chez des individus robustes, ne présentant aucune tare de scrofulo-tuberculose, autre que leur lésion cutanée. On a remarqué qu'elle atteignait de préférence les individus que leurs occupations mettent en contact avec des animaux domestiques.

Si nous regardons sous le microscope, une coupe fine de peau, atteinte de lupus verruqueux et colorée suivant les méthodes ordinaires, nous remarquerons que les lésions siègent surtout dans des couches superficielles du derme et n'atteignent qu'exceptionnellement le niveau des glandes sudoripares à l'inverse des lupus vrais qui infiltrent, comme on le sait, le derme dans toute son épaisseur.

Les lésions sont essentiellement constituées par des nodosités ayant tous les caractères histologiques de la granulation tuberculeuse et du follicule tuberculeux : Au centre, une cellule géante, autour des cellules embryonnaires et des cellules épithélioïdes. Le processus morbide, lorsqu'il est arrivé à son maximum d'intensité, détruit les glandes sébacées et les follicules pileux. Aussi ne les retrouve-t-on plus dans les cicatrices qui sont glabres et lisses.

Les petites collections purulentes, les petit abcès intra-dermiques ont un siège tout particulier. Ils se forment dans les granulations qui sont situées immédiatement sous l'épiderme. On s'explique ainsi pourquoi ils le détruisent et donnent naissance à des abcès miliaires : ceux-ci se comblent rapidement par prolifération épithéliale lorsqu'ils ont évacué leur contenu.

D'après les auteurs, dans le lupus verruqueux de Riehl et Paltauf, les papillomes seraient primitifs et se développeraient avec les modules ; ils ne seraient pas consécutifs à l'ulcération des tubercules comme dans les lupus papillomateux.

MM. Riehl et Paltauf affirment, sans aucune hésitation, la nature tuberculeuse de ces lésions ;

ils ont trouvé dans les coupes de lupus verruqueux qu'ils ont pratiquées, des bacilles de Koch en grand nombre. C'est là, effectivement, une preuve irréfragable et qui ne permet pas de révoquer en doute leurs affirmations.

Pourtant Quinquaud n'admettait pas entièrement cette interprétation des faits observés : Pour lui, il existerait des folliculites et périfolliculites agminées subaiguës. Avec M. Pallier il en a distingué plusieurs variétés cliniques qui sont :

1° Une forme commune, caractérisée par l'apparition d'un placard plus ou moins étendu, rouge violacé, sur lequel existent de nombreux orifices par lesquels on peut faire sourdre du pus.

2° Une forme phlegmoneuse ou anthracoïde.

3° Une forme papillomateuse qui ressemble tout à fait au tubercule anatomique et à évolution extrêmement lente.

4° Une forme pseudo-ulcéreuse.

5° Une forme serpigineuse, qui a pour caractère principal le développement de poussées successives, sans ordre et sans méthode, et par la formation de nouveaux éléments sur la périphérie du placard. Cette forme se rapproche beaucoup,

comme aspect, de la tuberculose verruqueuse de Riehl.

Mais cette question, si elle n'est pas encore tranchée, ne semble pas se dessiner dans le sens où Quinquaud l'avait comprise. C'est exprimer une opinion très modérée que de dire avec M. Brocq :

« Nous n'insisterons pas longuement sur ces faits, car ils réclament de nombreuses recherches. En somme, c'est le procès du tubercule anatomique, de la tuberculose verruqueuse de Riehl et du lupus scléreux papillomateux que M. le Dr. Quinquaud a entrepris. Il veut démontrer que toutes ces productions papillomateuses sèches ou suppurées, ne reconnaissent pas pour cause unique le bacille de la tuberculose. »

Quoi qu'il en soit de l'opinion que l'on se fera de la maladie de Riehl et Paltauf, il est bien certain que deux caractères différentiels importants la séparent, d'après les auteurs qui ont créé ce type morbide, des lupus vulgaires : c'est, d'une part, sa bénignité relative, et, d'autre part, l'absence constante d'infection générale secondaire.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic différentiel ordinairement très facile, et qui, pour cette

affection autant que pour bien d'autres en dermatologie, n'a en dehors de la clinique, qu'une importance très accessoire.

Les verrues juvéniles ou autres, les papillomes non tuberculeux, les nevi verruqueux, dont il existe de si beaux moulages à l'hôpital Saint-Louis, ne prêteront guère à erreur. Le psoriasis, les hyperkératoses diverses, ne seront pas davantage une cause d'hésitation. Certains eczémas lichénoïdes, et plus rarement certaines formes de syphilides, pourraient être plutôt une cause d'hésitation ; mais un examen complet du malade aura vite tranché la difficulté. Certains lupus érythémateux, lorsqu'ils serecouvrent d'épaisses concrétions épidermiques squameuses, peuvent, jusqu'à un certain point, prêter à erreur ; mais les saillies papillaires font complètement défaut, la surface est plus lisse, et si, par un pansement humide on fait tomber les couches épidermiques cornées, on ne voit pas la multitude de petites saillies dont est recouverte la partie centrale du lupus verruquer

Nous n'entrerons pas dans les discussions de détail qui ont pour but de séparer en types distincts la tuberculose verruqueuse de la tuberculose ou lupus scléreux et du tuberc

que. Avec M. Brocq nous considérons ces types comme très voisins, sinon identiques, et par suite justiciables du même traitement. La thérapeutique de cette affection, ou si l'on veut, de ces affections, est d'ailleurs, ainsi que nous l'avons déjà dit, le seul point qui nous intéresse particulièrement.

CHAPITRE II

TRAITEMENT DES LUPUS TUBERCULEUX EN GÉNÉRAL

D'après M. Brocq, et cette opinion d'ailleurs est celle de la plupart des dermatologistes, les lupus peuvent guérir spontanément. Le processus curatif spontané consiste essentiellement en la substitution d'un tissu de cicatrice au tissu morbide ; il faut donc tâcher de provoquer un travail inflammatoire, disent les dermatologistes, qui facilite cette transformation en tissu fibreux.

La découverte du bacille de Koch, sa constatation dans les lésions lupiques ont, au début, modifié la conception que les dermatologistes se faisaient du mécanisme par lequel est obtenu, d'une façon générale, la guérison du lupus.

Les auteurs anciens avaient vu juste en considé-

rant le lupus comme une scrofulide et en le traitant comme tel. Il est indiscutable que le traitement général a, dans cette affection comme dans toutes les manifestations de la tuberculose, une importance capital.

Dans toutes les affections microbiennes, deux organismes sont en lutte : d'une part l'agent pathogène, d'autre part l'individu attaqué par ces agents. Or, les traitements peuvent être divisés en deux classes suivant qu'ils ont pour but :

1° De détruire le microbe pathogène en s'attaquant directement à lui. Telle est la manière d'agir des substances parasitocides, dont l'emploi d'ailleurs dans la thérapeutique du lupus n'a pas donné les résultats qu'on en attendait.

2° Les autres se proposent au contraire de fortifier l'individu, de lui permettre de résister aux atteintes du bacille, et par suite de lui permettre de détruire en rendant le terrain impropre à son développement.

Nous allons brièvement résumer ces traitements divers, avant d'aborder les opérations de chirurgie dermatologique, auxquelles nous avons vu produire des résultats si brillants.

A. — *Traitement interne ou général.*

Il était rationnel de songer que le traitement général devait être le même pour combattre l'envahissement de l'économie par le bacille de Koch quelle que fut le point de colonisation de ce bacille. Le traitement interne du lupus, doit donc être à peu de chose près, pour ne pas dire identiquement, le traitement de la tuberculose viscérale. Ce point est donc le moins intéressant, car il est traité dans tous les ouvrages de pathologie interne. Or il ne peut agir que très indirectement et dans des limites relativement restreintes, car l'agent spécifique, le traitement héroïque à opposer à la tuberculose, n'est pas encore trouvé malgré les innombrables recherches pratiquées dans le but de le découvrir.

En attendant on prescrit avec avantage l'huile de foie de morue, que M. Brocq déclare être, à son sens, le médicament interne par excellence du lupus. Ce dermatologiste conseille d'avoir recours à l'huile de foie de morue blonde, plutôt qu'à l'huile brune, qui est souvent mal tolérée. A la condition de donner des doses assez consi-

dérables, on peut, d'après lui, voir se produire des modifications, non-seulement générales, mais même locales presque inespérées.

Chez les strumeux avérés, c'est-à-dire, si nous avons bien compris le sens qu'il faut aujourd'hui attacher à ce mot chez les individus à système lymphatique très développé, prédisposés aux inflammations tuberculeuses des ganglions, les nombreuses préparations pharmaceutiques iodées, sont couramment prescrites et donneraient de bons résultats. Et pourtant si on a dans certains cas, observé des améliorations notables et même très nettes, dans d'autres, en revanche, l'emploi de l'iode ou de ses composés à paru aggraver les lésions lupiques, accélérer le développement, l'extension excentrique des placards.

Il faut donc être très réservé dans leur emploi qu'on suspendra si l'action n'est pas telle qu'on la désire.

Hardy a préconisé le chlorure de sodium à l'intérieur, il le prescrivait à la dose de 1 à 3 grammes et le considérait comme le meilleur traitement de la scrofule. Actuellement, c'est surtout sous formes de bains salés qu'il est utilisé et les merveilleuses cures produites par les eaux de Sa-

lins, de Salies-de-Béarn, de Biarritz, etc., pour ne parler que des sources les plus célèbres, sont aujourd'hui connues de tout le monde.

Les arsénicaux semblent parfois utiles. L'arsenic et ses dérivés, sont des modérateurs énergiques de la nutrition et, pendant l'été, lorsque l'huile de foie de morue est mal tolérée par l'estomac, ils donnent de bons résultats en augmentant l'embonpoint du malade.

Si on ajoute à ces agents thérapeutiques l'aérothérapie, qui consiste à maintenir constamment les malades dans un air frais et pur, une alimentation à la fois légère pour qu'elle ne fatigue pas l'estomac du malade et substantielle, c'est-à-dire riche en éléments assimilables, afin qu'elle puisse compenser et au-delà, les pertes de l'organisme, un exercice modéré, on connaîtra les agents les plus efficaces que la thérapeutique et l'hygiène puissent opposer aux lésions bacillaires quelles qu'elles soient lorsque le bacille de Koch a pénétré dans l'organisme.

Les agents antibacillaires sont extrêmement nombreux. La créosote, qu'on a aujourd'hui beaucoup de tendance à employer contre le lupus, à l'intérieur et à l'extérieur et dont l'efficacité

indiscutable pour certains auteurs dans la tuberculose pulmonaire, n'est pas démontrée par les tuberculoses locales, en particulier pour la tuberculose cutanée. L'iodoforme qu'à un moment donné on a fait absorber aux tuberculeux ne paraît pas donner des résultats beaucoup plus évidents.

Les injections d'huile créosotée, d'huile iodoformée, les premières proposées par Guinbert, puis reprises par Burlureau, les deuxièmes entreprises par M. Morel-Lavallée, n'ont pas donné, malgré les hautes doses employées, tous les résultats qu'on en avait attendu.

Il nous est défendu de passer sous silence les injections de tuberculine de Koch, les injections de sérum de sang de chien, les injections de sang de chèvre, bien qu'elles n'appartiennent plus qu'à l'histoire bien longue des traitements essayés contre la tuberculose.

B. — *Traitements externe.*

Comme dans le paragraphe précédent, nous devons ici passer en revue tous les traitements employés contre les lupus en général, car ils ont

été utilisés aussi bien contre les lupus scléreux et verruqueux, que contre les autres formes.

Au début, et même jusque vers le milieu du dix-neuvième siècle, les dermatologistes avaient exclusivement ou presque exclusivement employé contre la tuberculose cutanée la médication interne. Lorsqu'ils s'avisèrent de recourir aux moyens externes, ils n'eurent tout d'abord pas de bien brillants résultats. Les substances irritantes les caustiques employés par eux, ou bien n'étaient pas assez énergiques et ne produisaient aucun résultat, ou bien dépassaient le but, produisaient des escharifications profondes, dont le moindre inconvénient étaient les cicatrices vicieuses et des difformités irrémédiables pour la chirurgie de cette époque.

Après des essais multiples, des traitements divers et véritablement rationnels ont été essayés, les résultats vraiment remarquables qu'ils ont donnés fait qu'aujourd'hui ils constituent les méthodes de choix, les seules, ou à peu près, auxquelles les dermatologues aient recours.

Nous allons les résumer brièvement, sauf deux qui sont le *raclage* et l'*ablation* auxquelles nous consacrerons la partie la plus importante de cet

ouvrage pour montrer les excellents résultats qu'ils peuvent fournir et les raisons qui expliquent pourquoi ces deux méthodes tendent à prévaloir, la première en France, et la deuxième à l'étranger, dans le traitement des lupus de la face et surtout des membres.

M. Brocq divise les méthodes de traitement local des lupus en méthodes sanglantes et en méthodes non sanglantes.

Les *méthodes non sanglantes* sont nombreuses.

Les cautérisations ignées peuvent être employées de plusieurs manières. Horand et Cordier emploient le cautère actuel composé d'une grosse boule portée au rouge vif. Son emploi détermine la formation d'une escarre qui se détache au bout de quelques jours. Des bourgeons charnus se forment, qui sont réprimés avec le nitrate d'argent lorsqu'ils deviennent exubérants. Ce procédé, comme le reconnaît M. Brocq, est fort énergique ; mais il a le gros inconvénient de donner le plus souvent des cicatrices vicieuses ; aussi n'est-il guère utilisé aujourd'hui.

Le thermocautère et le galvanocautère, sont aujourd'hui les instruments préférés par les dermatologistes. A la cautérisation en masse ils per-

mettent de substituer la cautérisation interstitielle, fragmentée, intelligente, dit M. Brocq. « C'est, dit cet auteur, la méthode favorite de M. le Dr E. Besnier : on doit à ce maître éminent, d'en avoir démontré les avantages, de l'avoir préconisée, de l'avoir vulgarisée et rendue pratique par les instruments qu'il a fait construire. Cette méthode donne d'ailleurs d'excellents résultats. Il est même possible d'obtenir par son emploi des cicatrices convenables.

L'*électrolyse*, pour laquelle M. Brocq serait porté à avoir une notable prédilection, si les résultats n'avaient été absolument nuls, a été préconisée par Gartner, Lutzgarten. M. Brocq pense que pour devenir pratique la façon de procéder de ces auteurs, qui est trop longue, trop douloureuse, doit être totalement modifiée.

C'est surtout aux *parasitocides* et aux *caustiques chimiques* que s'adressent les reproches mérités par les méthodes anciennes. Les topiques électifs, c'est-à-dire détruisant le tissu morbide ou l'agent infectieux en respectant les tissus sains sont encore à découvrir. De plus il est impossible de préciser d'une manière exacte l'action de

la pâte de Vienne, par exemple, du caustique Filhos, etc.

Nous ne chercherons pas à passer en revue, toutes les substances employées, dont le nombre est extrêmement considérable et l'emploi fréquemment très difficile. Rappelons seulement que les pâtes arsénicales sont encore employées par Kaposi, l'acide-pyrogallique par Schwimmer, l'acide salicylique par Unna, l'acide lactique par Doyen, la résorcine par Bertarelli et par Mackey, l'hydronaphtol par Piffard. Le sublimé a été mis en honneur par Doutrelepont, Auspitz et par Payne, principalement en injections intra-dermiques.

Les méthodes sanglantes sont au nombre de trois :

Le raclage, l'ablation, la scarification. Nous ne parlerons ici que de la scarification et encore le ferons-nous très brièvement.

Inventées par Balmanno Squire, perfectionnées ensuite par Vidal, auquel revient, dit M. Brocq, l'honneur d'avoir fait de ce procédé ce qu'il est actuellement en le modifiant, en le perfectionnant, en l'adaptant à tous les cas, en précisant avec soin les indications spéciales de ce procédé, les

scarifications sont aujourd'hui extrêmement répandues.

Elles se font avec le scarificateur de Vidal ou avec celui de Balmanno-Squire et consistent à faire sur toute l'étendue de la surface malade ; mais plus spécialement à la périphérie des incisions très rapprochées se croisant sous des angles aigus, de façon à dessiner des losanges très petits.

Par l'emploi de cette méthode, qui n'a d'autre inconvénient que sa longue durée, on peut obtenir des résultats véritablement merveilleux et même dans quelques cas une *restitutio ad integrum*, alors qu'au premier abord les lésions semblaient assez profondes.

Tous les traitements que nous venons de décrire s'appliquent aux différentes variétés de *lupus vulgaire*, et même aux *lupus érythémateux*. Ceux que nous allons étudier maintenant ont également été appliqués à ces variétés ; mais c'est plus spécialement dans les *lupus scléreux* et *verruqueux* qu'ils ont donné les meilleurs résultats, et c'est seulement comme moyen de combattre cette affection que nous les étudierons. Mais avant d'aborder ce chapitre, nous voudrions brièvement

diriger le procédé qui nous semble le meilleur pour obtenir l'anesthésie locale ; nous voulons parler de l'emploi de la cocaïne suivant la méthode de M. Reclus.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DES LUPUS SCLÉREUX ET VERRUQUEUX

A. — *De l'emploi de la cocaïne comme agent d'anesthésie locale en dermatologie.*

Dans une récente communication à la Société de Dermatologie, M. le professeur Dubreuilh, de Bordeaux, préconisait les injections de cocaïne pour obtenir l'anesthésie de la peau pendant la durée des opérations dermatologiques. Les idées de cet auteur, ainsi que nous allons le montrer, diffèrent notablement de celles qu'a, après des expérimentations en nombre immense, adoptées M. Reclus.

Bien que nous n'ayons pas eu l'honneur d'être l'élève de ce maître, nous nous sommes efforcé d'apprendre sa méthode, nous l'avons d'ailleurs

vu employer à l'hôpital Saint-Louis et voici les règles qui paraissent avoir été adoptées pour son emploi.

La solution au centième est très suffisamment concentrée pour produire une anesthésie complète, il est donc inutile d'employer des solutions moins étendues. Si on veut ensensibiliser une grande étendue de téguments, la solution 1 gr. de cocaïne (chlorhydrate) pour 200 grammes d'eau stérilisée et filtrée, est pourtant encore plus avantageuse. Elle ne donne pas une insensibilisation absolue ; mais la souffrance est tellement atténuée que les personnes les plus pusillanimes ne se plaignent pas. Avec cette solution on peut anesthésier des surfaces très étendues par exemple de 10 cm. $\times$ 10 cm. sans que le malade en éprouve aucun inconvénient, même s'il s'agit d'une femme nerveuse.

La précaution la plus importante, est de placer toujours l'opéré dans le décubitus horizontal et de l'y maintenir pendant un temps assez long.

Si l'on veut procéder à l'extirpation au bistouri d'un lupus verruqueux, on commence d'abord par pratiquer tout autour de la tumeur, et à une certaine distance de ses limites, 1 cm. par exemple,

un véritable cercle d'injection. Pour cela on pique en un point quelconque du trajet qu'on veut dessiner, l'aiguille est enfoncée *dans l'épaisseur du derme* parallèlement au bord de la plaque et on pousse quelques gouttes du contenu de la seringue. Il se forme alors un soulèvement d'un blanc mat. On enfonce alors l'aiguille de plus en plus à mesure qu'on pousse le piston, et il se fait ainsi une traînée blanche, au niveau de laquelle l'anesthésie devient rapidement complète. Quand la seringue est vidée, on retire l'aiguille et on l'enfonce à l'une des extrémités de la traînée saillante et blanche et on continue ainsi jusqu'à ce que la lésion soit entièrement circonscrite. Cette ligne pourra ensuite être suivie avec le bistouri sans aucune souffrance, et il ne restera ensuite qu'à décoller des tissus sous-jacents la plaque circonscrite. Mais cette deuxième opération pourrait être douloureuse si on ne prenait soin de faire, dans l'épaisseur même des tissus malades, une série d'injections disposées en lignes droites et séparées par une distance de deux centimètres environ.

Si on veut recourir au grattage, l'injection à la périphérie est inutile et il suffit de sillonner le

placard lupique d'injections en séries linéaires parallèles et rectilignes.

Les doses maxima à employer, quand on se sert de la solution à 1 pour 100, sont de 10 à 12 ou 15 centigrammes ; il est prudent de ne pas dépasser 10 centigrammes chez la femme et 12 chez l'homme adultes. Ces doses sont sans danger pourvu que toutes les précautions indiquées par M. Reclus soient absolument respectées.

Cette méthode a sur les autres de grands avantages :

1° Le chloroforme ou l'éther ne peuvent être employés dans une polyclinique d'où les malades partent aussitôt l'intervention terminée.

2° Le stypage avec le chlorure de méthyle modifie la consistance des téguments, change leur couleur, et leurs caractères sont tellement modifiés que les caractères distinctifs de la lésion disparaissent et que par suite les limites de l'intervention ne sont pas faciles à préciser.

3° Le chlorure d'éthyle a les mêmes inconvénients, de plus il s'enflamme très facilement. L'anesthésie qu'il donne n'est complète qu'en un point très limité et pour une intervention un peu importante il n'est vraiment pas utilisable.

La cocaïne seule laisse aux tissus leur souplesse, leur coloration normales. Le dermatologiste, une fois l'anesthésie produite, n'a plus qu'à s'occuper de l'intervention qui est, on le sait, de très courte durée, pourvu que rien ne vienne l'interrompre.

B. — *Le raclage.*

M. Broca, dans une communication à la Société de Dermatologie, reproduite dans le *Mercure Médical* (16 décembre 1891), a exposé quelques-unes des principales règles du manuel opératoire. Nous résumons cet article.

« Le traitement du lupus par le raclage à la curette tranchante, inauguré par Volkmann et bientôt vulgarisé en Allemagne, ne jouit pas en France d'une grande faveur. On lui reproche, un peu théoriquement peut-être, de donner des cicatrices difformes, et d'exposer à l'auto-inoculation traumatique, et, par suite, à la tuberculose aiguë. Je suis loin de vouloir le systématiser; mais je crois qu'il y a des cas où il est réellement indiqué.

Mon expérience, à cet égard, a commencé par un malade, que M. E. Besnier a bien voulu me confier. Je jugeai le raclage possible, je le pratiquai sous le chloroforme, en une séance, et malgré l'étendue de la surface cruentée, la cicatrisation fut obtenue en trois semaines.

La technique fut très simple : J'agis énergiquement à la curette sur tous les tissus mous, et là, j'allai, profondément, jusqu'à ce que la curette raclât sur une surface fibreuse dure. Je procédai méthodiquement des orteils vers la cuisse, faisant comprimer au fur et à mesure les surfaces avivées avec des tampons aseptiques et, l'hémorrhagie une fois arrêtée, faisant recouvrir les parties de compresses stérilisées à l'autoclave. De la sorte, l'hémorrhagie fut nulle et la plaie aseptique. Je touchai les surfaces avec du chlorure de zinc à 1/10, et je terminai par un pansement à la gaze iodoformée. Non seulement la cicatrisation fut rapide, mais la cicatrice fut bonne. Pendant près de cinq mois il n'y a pas eu de récurrence apparente.

Je n'ai nullement la prétention de dire que le lupus peut être guéri radicalement par le chirurgien : je ne connais pas actuellement un seul traitement radical du lupus. Mais je crois avoir

rendu un service réel à mes opérés : pour les mettre en l'état où ils sont, il vous eût fallu bien du temps, et c'est au bout de trois semaines à un mois, que j'ai obtenu la cicatrisation avec guérison apparente. Je pense donc que le raclage à la curette, en une séance, peut être fort utile dans les lupus étendus, en évolution floride.

Le malade que je vous montre, vous prouvent, en outre, que l'on a trop insisté sur la défectuosité de la cicatrice obtenue par ce procédé. C'est peut-être, qu'autrefois, on n'opérait pas avec une asepsie suffisante : Or, il est bien connu aujourd'hui que, presque toujours, les cicatrices difformes relèvent des plaies qui ont suppuré.

L'asepsie est encore importante à mon sens, pour diminuer de beaucoup la fréquence des généralisations tuberculeuses par auto-inoculation traumatique. Je suis loin de nier la possibilité de ces auto-inoculations, mais je crois qu'elles sont exceptionnelles après une opération chirurgicale à la fois complète et aseptique. D'ailleurs, la scarification à laquelle, il est vrai, on a reproché quelques accidents de ce genre, est encore en grand honneur, et je me demande en quoi, à ce

point de vue, elle peut être moins dangereuse que le raclage à la curette. »

Pour pratiquer le raclage, on peut se servir des curettes de Volkmann, sorte de cuillères tranchantes ovalaires M. Brocq trouve leurs dimensions trop considérables ; mais il en est de toutes les tailles, et lorsqu'on doit agir sur une surface un peu étendue, il est plus avantageux d'avoir une large cuiller ; on agit ainsi plus rapidement et plus sûrement. Les grandes cuillers sont surtout utiles, lorsqu'on veut agir d'une façon uniforme et assez superficielle sur de grandes étendues.

On peut aussi employer les petites curettes ovalaires de Balmanno-Squire, et surtout les instruments imaginés par M. Besnier. « L'instrument de M. Besnier diffère de la curette ovale en ce qu'elle n'a pas de fond. Il est donc essentiellement constitué par une sorte d'anneau à bords tranchants : Son grand avantage est de s'encrasser moins vite et de se nettoyer beaucoup plus facilement que la curette ordinaire. » L'instrument de M. le Dr Vital, consiste essentiellement en une sorte de lame aplatie, plate sur une de ses faces, légèrement convexe sur l'autre, et courbée en forme d'arc de cercle, de telle sorte

que la face plate soit dans la concavité ; les bords en sont tranchants, l'extrémité terminale également fort tranchante est arrondie : il est très commode, d'un emploi facile et fort aisé à nettoyer.

Pour opérer un raclage, toute une série de précautions et de soins préliminaires sont à prendre : Tout d'abord, il faut aseptiser aussi complètement que possible la région, le champ opératoire. Un lavage soigneux à la brosse et au savon, puis à l'éther et enfin avec une solution antiseptique puissante suffit ordinairement. Les mêmes précautions doivent être prises pour les mains de l'opérateur et les instruments, ainsi que les différentes pièces à pansements devront être aseptiques.

On procède ensuite à l'insensibilisation locale avec la cocaïne si la région à gratter n'est pas trop étendue. Dans le cas contraire, il faut recourir à l'anesthésie générale par le chloroforme ou l'éther.

M. Brocq décrit comme il suit le manuel opératoire :

« Pour opérer un raclage, quand il s'agit d'un lupus de peu d'étendue, on tient la curette comme une plume à écrire ; quand on a un peu d'habi-

tude on reconnaît fort bien aux différences de consistance les tissus morbides et les tissus sains : avec un peu de souplesse de main on laisse l'instrument ressauter sur les derniers.

S'il s'agit, au contraire, de vastes surfaces à scléreuses papillomateuses à abraser, on prend une large curette que l'on saisit solidement dans la main comme un couteau. La théorie indique qu'il faut agir sur les surfaces malades jusqu'à ce qu'on ait enlevé tous les tissus morbides ; c'est parfois fort difficile, à moins de faire des délabrements considérables. Aussi dans les cas où il existe des tubercules isolés, visibles, infiltrant profondément les tissus, beaucoup d'auteurs, et en particulier G. H. Fox, conseillent-ils de les énucléer un à un avec de toutes petites curettes. D'autres opérateurs, pour rendre les délabrements moins considérables, au lieu de s'efforcer de tout enlever, respectent les travées de tissu sain qui séparent l'un de l'autre les prolongements que la néoplasie envoie dans les parties profondes du derme, et font suivre le raclage d'une application de caustiques pour arriver à détruire les racines du mal. C'est ainsi que G. Fox pratique, après l'énucléation des tubercules,

une cautérisation, soit avec du chlorure de zinc ce qui est fort douloureux, soit avec une pommade à l'acide pyrogallique au vingtième, soit avec un mélange à parties égales d'acide arsénieux et de gomme arabique; mais la méthode qu'il préfère consiste surtout à introduire dans la cavité du tubercule énucléé un crayon très fin de nitrate d'argent, de l'y tourner et de l'y retourner. Rushton Parlier, qui se montre fort enthousiaste du raclage, emploie un procédé analogue; puisqu'il fait l'hémostose avec le nitrate d'argent. Dubois-Havenith, après avoir fait une rugination aussi complète que possible, cautérise, soit avec le fer rouge, soit avec le nitrate d'argent, soit avec le chlorure de zinc suivant les cas. Cet auteur insiste avec beaucoup de raison sur la nécessité qu'il y a à explorer avec le plus grand soin la néoplasie. Certaines repullulations incessantes sont dues à ce qu'il existe de véritables décollements hypodermiques, correspondant extérieurement à un petit tubercule visible: il faut ouvrir largement ces loges, les ruginer et les cautériser pour arriver à guérir la maladie.

L'école de Lyon, que caractérise au point de vue du lupus une grande énergie dans son mode

d'intervention thérapeutique, pratique le raclage à fond dans le lupus papillomateux : elle endort même dans ces cas le malade après avoir fait une injection hypodermique de morphine et d'atropine. La plupart des médecins étrangers qui ont recours au raclage donnent, eux aussi, le chloroforme. Les pansements ultérieurs sont faits, soit avec de l'iodoforme, soit avec de l'acide pyrogallique, soit avec de la créosote, soit avec du nitrate d'argent. Que l'on applique ou non des caustiques après l'opération sanglante, il est bon d'employer des pansements antiseptiques rigoureux jusqu'à cicatrisation complète des délabrements produits. On se sert pour cela, soit d'acide phénique, soit surtout de sublimé ou d'iodoforme en poudre ou en pommade.

Les résultats donnés par le raclage sont éminemment variables suivant le sujet, suivant l'habileté du médecin, suivant les régions opérées, suivant la gravité du lupus. Quand il est pratiqué avec beaucoup d'attention, quand on a soin d'épargner autant que possible les tissus sains, de ne pas aller trop profondément, quand on ne fait qu'un usage modéré et intelligent des applications caustiques, consécutives, on peut, avec

ce procédé, obtenir des guérisons rapides en une, deux ou trois séances et des cicatrices souples et assez régulières. Mais il faut bien savoir que les résultats, au point de vue de la *restitutio ad integrum* des téguments n'ont jamais la valeur de ceux que donnent d'autres méthodes, en particulier les scarifications linéaires quadrillées.

Aussi doit-on, ne recourir au raclage seul, ou combiné avec les autres procédés, que dans les lupus des membres, du tronc, des conjonctives et des cavités nasales, buccales, pharyngiennes, c'est-à-dire dans les cas où il n'est pas absolument nécessaire d'avoir des cicatrices parfaites, et lorsque la scarification est difficile, sinon impossible à pratiquer. Il ne faut l'employer, sur les régions découvertes, en particulier au visage qu'avec les plus grands ménagements. Malgré la longueur du traitement, nous lui préférons de beaucoup en ces points les scarifications linéaires quadrillées, ou la méthode mixte dont nous avons été le promoteur. Le raclage réussit surtout dans la tuberculose verruqueuse de Riehl, dans les lupus scléreux papillomateux dans le tubercule anatomique, comme

l'ont prouvé depuis bien longtemps M. le Dr E. Besnier et M. le Dr E. Vidal.

Done, d'après M. Brocq, c'est surtout aux lupus des membres et tout particulièrement aux lupus scléreux papillomateux, aux lupus ou tuberculeux verruqueux de Riehl et Paltauf, que doit être surtout appliqué le traitement par le raclage. C'est aussi dans ces cas exclusivement que nous voulons montrer les bons résultats obtenus par le raclage *aseptique*. Nous insistons sur ce mot *aseptique*, parce que nous considérons l'asepsie comme étant extrêmement importante. Après ces raclages il ne doit pas y avoir de suppuration, et celle-ci est toujours évitable pourvu qu'on prenne des soins suffisants, pourvu que les instruments soient stérilisés, que l'opérateur ait pris pour ces mains les mêmes précautions qui doivent être prises dans toute opération chirurgicale, pourvu enfin que le champ opératoire soit minutieusement brossé et lavé avec des solutions antiseptiques.

Ces précautions préliminaires étant prises, l'anesthésie étant obtenue, soit par le chloroforme ou l'éther, soit par la cocaïne, soit à la rigueur par les réfrigérants, il ne reste qu'à pratiquer le grattage.

Les lupus scléreux, verruqueux, papillomateux des membres, ont toujours une consistance dure, supérieure à celle des tissus avoisinants. Il faut donc prendre une large curette, à pleine main et attaquer vigoureusement la lésion cutanée de la périphérie vers le centre, en l'appliquant tout d'abord en plein tissu sain, à quelques millimètres de la périphérie de la plaque lupique. En pratiquant ainsi une série de grattages partant tous de la périphérie, et se rejoignant vers le centre, si le placard lupique a une forme arrondie, on l'a bientôt nettoyé dans toute son étendue. S'il a une forme très allongée, s'il occupe par exemple la face dorsale d'un doigt, les premiers coups de curette ; doivent d'abord porter sur les bords afin qu'on puisse, avant que le sang vienne obscurcir le champ opératoire, être bien sûr qu'on circonstrit la lésion dans sa totalité sans empiéter par trop sur les tissus sains et aussi sans laisser aucune partie de peau altérée, envahie par le bacille de Koch. La lésion étant ainsi circonscrite, rien n'est plus facile que de racler le centre.

L'opération terminée, le sang est épongé soigneusement et les différentes parties de la plaie, ainsi que ses bords, sont soigneusement explorés

afin d'avoir la certitude que de la lésion préexistante il ne reste plus trace.

Nous pensons que les applications caustiques proprement dites sont à proscrire. La meilleure façon de déterger la plaie sans produire d'escharres consiste à jambonner avec de l'acide phénique à 5 pour 100 ou mieux encore avec du chlorure de zinc à 10 ou 12 pour 100. Cette précaution est surtout utile s'il y avait des foyers suppurants, de petits abcès intra-dermiques. Après un nettoyage fait dans ces conditions, si le curettage a porté jusqu'au fond de ces abcès, la réunion sans suppuration doit être obtenue quand même.

Pour ce qui est du pansement ultérieur, nous pensons que le plus simple et le meilleur, celui auquel nous avons vu donner les meilleurs résultats, est le pansement iodoformé recouvert d'une couche de coton hydrophile et d'une couche d'ouate ordinaire. On peut ainsi, comme nous le montrerons dans les observations que nous avons recueillies, obtenir des guérisons sous crustacées, avec un seul pansement et sans une goutte de pus. Dans ces cas, comme le fait remarquer M. Broca, la cicatrice est très belle, blanche et souple.

Nous sommes porté à croire que le raclage doit

être surtout pratiqué dans les cas de lupus peu étendus, siégeant dans des régions où la peau est très adhérente aux tissus sous-jacents, où les lèvres de la plaie ne sauraient être rapprochées, où il est difficile de faire des greffes ultérieures, enfin dans les cas où la tuberculose est peu profonde.

Nous allons maintenant rapporter quelques observations toutes personnelles où le raclage a donné les meilleurs résultats.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle)

*Lupus verruqueux de l'index. Raclage aseptique.
Lavage à l'eau phéniquée forte. Pansement ouaté
iodoformé. Guérison en quinze jours sous un seul
pansement, sans aucune suppuration.*

Madame J..., âgée de trente-deux ans, vient à l'hôpital Saint-Louis (poli-clinique de M. Hallopeau, le 20 novembre 1894.

Son père est mort de tuberculose pulmonaire, il y a vingt ans. Sa mère est bien portante.

Elle a deux frères et une sœur également doués d'une bonne santé. Elle a perdu un frère en huit jours d'une pneumonie et cela il y a cinq ans.

Elle-même possède une santé parfaite et un tempérament robuste. Sauf quelques petites indispositions passagères, elle n'a jamais été malade, son mari et ses deux enfants sont également bien portants.

Il y a mois environ, sans cause apparente (elle ne se rappelle pas avoir éprouvé en ce point aucun traumatisme), elle a vu survenir sur la face dorsale de la première phalange de l'index un petit bouton rougeâtre, assez douloureux à la pression ; mais indolore spontanément. Pourtant il ne l'a guère gênée dans les premiers temps et elle ne s'en est pas autrement occupée.

Mais peu à peu, avec une grande lenteur quoique d'une façon continue, il s'est étendu progressivement, a envahi tout d'abord la face dorsale de la première phalange dans toute son étendue et la moitié supérieure de la deuxième phalange.

Elle s'est alors décidée à venir à l'hôpital Saint-Louis.

En l'examinant, on constate sur ces deux phalanges, un placard présentant environ cinq centimètres de long sur un centimètre à un centimètre et demi de largeur. Sa forme est irrégulièrement celle d'un ovale très allongé.

Cette lésion a tous les caractères du lupus verruqueux. Elle s'est essentiellement constituée par des épaissements de l'épiderme, blanc grisâtre, très petits, très

voisins, l'un de l'autre et qui, tous, reposent sur des saillies d'aspect papillomateux. En somme, l'apparence de la lésion rappelle un peu cela des certaines verrues, avec les saillies papillaires et les épaissements épidermiques qui les surmontent. Les sillons, les fissures, qui séparent ces saillies, sont assez profondes. Si on cherche avec l'ongle à enlever ces concrétions épidermiques, on voit sourdre, sur la face rouge qu'elles recouvrent, de petites gouttelettes de sang. La peau, en ce point, est très épaisse, et en plissant entre le pouce et l'index, on voit que son épaisseur et aussi sa consistance sont très exagérées.

Le diagnostic de *lupus verruqueux* de Riehl et Paltauf s'impose ; au centre la lésion n'a aucune tendance à la cicatrisation. En aucun point, il n'y a de collection purulente.

L'intervention proposée est le raclage. La main de la malade, dans toute son étendue ; mais plus spécialement au niveau de la lésion est lavée avec une brosse et de l'eau savonneuse, dégraissée à l'éther et en troisième lieu, soigneusement nettoyée avec une solution de sublimé au millième.

Puis tous les doigts et la main, sauf l'index malade, sont recouverts d'une compresse aseptique. L'anesthésie est obtenue par les injections intradermiques de cocaïne

(solution au centième), la dose employée a été de cinq centimètres cubes.

Après quelques minutes d'attente, le grattage a été fait avec une grande curette de Volkmann, très tranchante. Les deux premiers coups de curette ont longé les bords en empiétant sur la peau saine, deux autres ont détergé les extrémités. Quelques autres enfin ont complètement détaché les parties centrales de la lésion. La malade n'a rien senti. Un lavage soigneux est pratiqué avec des tampons trempés dans la solution phéniquée forte. Quelques débris sont excisés au bistouri. Puis, la plaie est recouverte d'un pansement ouaté iodoformé.

La malade revient huit jours après. Elle n'a pas souffert, n'a présenté aucun trouble local ni général.

Le coton est enlevé, mais la gaze iodoformée, teintée de sang, est absolument sèche et adhérente, nous ne croyons pas qu'il y ait utilité à la décoller ; un pansement très léger avec une mince couche d'ouate est de nouveau placé de façon à laisser tous les doigts libres sauf l'index.

Au bout de quinze jours, le pansement se décolle sur presque toute son étendue. La partie centrale adhérente est laissée en place et fixée avec un flocon d'ouate imbibé de collodion.

Le troisième jeudi, la guérison est complète. La

cicatrice un peu rougeâtre est souple, lisse, parfaitement uniforme. Une exploration attentive après un lavage destiné à enlever les couches épidermiques les plus superficielles, ne permet de constater aucun élément tuberculeux. La guérison est complète.

OBSERVATION II

Lupus verruqueux de la face dorsale de l'index, du premier espace interosseux (face dorsale) de la face dorsale du pouce et du premier métacarpien. Râclage à la curette Volkmann. Lavage au chlorure de zinc. Guérison en trois semaines. Le grattage a été incomplet : il reste à la partie externe de l'éminence thénar, un petit placard. Nouveau grattage, guérison complète. Durée du traitement : un mois.

S. Joseph, âgé de trente-sept ans, tailleur de pierres, entré le 7 janvier 1895, dans la salle de Bazin, lit n° 46. Il a toujours été bien portant, dit-il, il se rappelle pourtant avoir eu dans son enfance une fièvre typhoïde. Il tousse un peu surtout, le soir ; il attribue cette toux et

l'expectoration qui la suit aux poussières du silex et du grès.

Il a mal à la main depuis trois ans. L'affection a débuté au niveau d'une coupure faite par un ciseau à tailler la pierre, constituée d'abord par un seul bouton très petit, elle s'est ensuite étendue peu à peu, d'abord de l'index, puis vers le pouce.

Il n'y a jamais eu de guérison, ni même d'amélioration. La marche envahissante a été lentement progressive, serpentineuse. En été, dit-il, elle est moins visible, parce que les croûtes sont moins épaisses et moins abondantes.

Les douleurs spontanées sont absolument nulles. Une pression légère elle-même n'est pas douloureuse ; mais une pression un peu énergique produit une vive douleur.

Etat actuel : sur la face dorsale de la main droite, on voit un placard, de forme irrégulière, comparable jusqu'à un certain point à celle d'un fer à cheval. Il recouvre la face dorsale de la première phalange, du pouce, la partie supérieure de la première phalange de l'index, et ces deux plaques forment les extrémités du fer à cheval. La partie moyenne, courbe, embrasse la commissure interdigitale qui sépare le pouce de l'index. La bande la plus extérieure s'étend jusque sur le bord externe du pouce et de l'éminence thénar.

Cette lésion est caractérisée par, en certains points, des concrétions épidermiques, petites, sèches, dures, cornées, très épaisses, d'un diamètre de un demi à deux millimètres qui sont très comparable aux saillies épidermiques qu'on voit sur certaines verrues.

Chaque saillie est séparée par des épaississements épidermiques voisins, par des sillons très profonds, étroits. Quand, en grattant, ce qui est assez douloureux, on enlève ces croûtes, on voit poindre sur la petite surface ainsi dénudée une gouttelette de sang, et on voit que l'épaisseur de l'épiderme enlevé est de un millimètre au moins.

Sur la face dorsale du pouce nous voyons le même aspect; mais les saillies verruqueuses sont un peu moindres comme épaisseur. Sur le bord externe de l'éminence thénar deux petits placards de forme irrégulière, à limites peu nettes ont les mêmes caractères. Dans les autres points on voit surtout des squames blanches, séparées par des crevasses, des gerçures. De fins sillons bordés par de petits décollements épidermiques donnent à ces plaques une coloration blanchâtre. En enlevant cet épiderme, ce que la malade fait parfois en se grattant, on met à nu les couches profondes de l'épiderme qui laissent voir le derme rougeâtre surmonté de saillies papillaires.

Tout ce placard éruptif est entouré d'une zone

érythémateuse, d'une véritable bordure rouge, sans épaissement des téguments.

Au centre de la partie la plus large, on voit une dépression légère, en grande partie formée par du tissu cicatriciel, et qui indique évidemment en ce point une amélioration, une certaine tendance à la guérison spontanée. Le long de la face externe du pouce, il y a aussi une mince bande dont l'aspect cicatriciel est très net.

Cette affection a donc une évolution excentrique, centrifuge, comme le démontrent les divers degrés par lesquels elle a passé chez ce malade. Le 12 janvier, après anesthésie à la cocaïne (solution au centième. Dose employée 8 centigrammes), un grattage est pratiqué aseptiquement sur toute l'étendue de la plaque, en la raclant de la périphérie vers le centre. Puis la surface saignante est cautérisée légèrement avec une solution de chlorure de zinc à 10 pour 100. Pansement ouaté iodoformé.

Le 25. Lors du premier pansement, nous trouvons sur la face externe de l'héminence thénar un groupe d'éléments qui ont échappé à la curette, ils sont immédiatement raclés comme les premiers.

Le 30. La plaie, assez large est à moitié cicatrisée; il ne reste plus qu'à faire un dernier pansement. Le précédent ne contient pas une seule goutte de pus.

Le 8 février. Le malade sort guéri. Sa cicatrice est très belle, un peu violacée; mais parfaitement lisse, souple, mobile sur les couches sous jacentes. Nous l'avons soigneusement nettoyée avant le départ du malade, et, après ablation des squames épidermiques, nous n'avons pu retrouver aucune trace d'élément suspect.

Ce lupus, relativement étendu, a guéri en 27 jours, sans aucune suppuration.

OBSERVATION III

Lupus verruqueux de la matrice unguéale chez une enfant, ablation à la curette. Guérison très rapide; pas de déformation appréciable du doigt.

Céline G., âgée de douze ans, vient le 26 décembre 1894 à la polyclinique. Elle présente sur repli cutané sus-unguéal de l'annulaire droit, un petit lupus verruqueux d'un centimètre environ de largeur. Il a débuté par une petite saillie ressemblant à une verrue, il y a deux mois et demi à peu près. Indolore sponta-

nément il est très douloureux au moindre contact. Le petit placard qui le constitue forme une saillie de trois millimètres environ au-dessus des parties voisines. Il est hérissé de saillies papillomateuses d'autant plus accentuées qu'on se rapproche davantage du centre. Ces saillies papillaires sont recouvertes de croutes adhérentes constituées par de l'épiderme de consistance cornée. Quelques fissures profondes, facilement saignantes, sillonnent la petite lésion dans tous les sens. Il n'y a pas de suppuration, même sous la matrice de l'ongle.

Pour la racler sans produire aucune douleur, le procédé suivant est employé. A une petite distance du bord de ce lupus, on produit d'abord un point d'anesthésie à l'aide d'un jet de chlorure d'éthyle. Lorsque la peau est devenue blanche et insensible, l'aiguille de la seringue de Pravaz est enfoncée en ce point, et n'est pas sentie. Un centimètre cube d'une solution au centième est injectée progressivement en enfonçant l'aiguille dans les points préalablement anesthésiés. D'un coup de curette de Volkman, le placard est ensuite enlevé. L'enfant n'a senti que le froid produit par le chlorure d'éthyle.

Les précautions ordinaires ont été prises avant et après l'intervention. Un petit pansement ouaté iodoformé recouvre la plaie.

L'enfant revient quinze jours après. La cicatrisation est complète, la plaie n'a pas suppuré; la cicatrice est à peine visible.

OBSERVATION IV

Lupus verruqueux de la première phalange du petit doigt, de la partie voisine de la face dorsale de la main. Raclage aseptique. Guérison complète en trois semaines.

G. H., femme de 40 ans, vient à l'hôpital Saint-Louis le 10 janvier 1895. Elle n'a jamais été malade. Son mari paraît, d'après ce qu'elle raconte, atteint de tuberculose pulmonaire : il a eu des hémoptysies il y a un an environ, et tousse presque continuellement. Elle a un enfant bien portant.

Il y a six mois elle a constaté au voisinage de la cinquième articulation métacarpo-phalangienne une petite saillie qui s'est étendue peu à peu. Plus tard, à sa surface, se sont produites des gerçures profondes qui devenaient très douloureuses pendant les temps froids,

et lorsqu'elle mettait les mains dans des liquides trop chauds ou irritants.

Lors de son entrée nous constatons sur la première phalange du petit doigt, au niveau de la moitié inférieure du métacarpien correspondant et du quatrième espace interosseux, une bande éruptive qui a tous les caractères du *lupus verruqueux*.

Du centre à la périphérie on voit une bande érythémateuse, de coloration un peu violacée; en dedans de celle-ci, et circonscrite par elle, une plaque saillante, recouverte de saillies épidermiques cornées, très petites, rapprochées les unes des autres et séparées seulement par des sillons profonds, dont quelques-uns sont remplis de sang desséché.

La moindre pression est douloureuse à ce niveau. En cherchant à plisser la peau on voit qu'elle est considérablement épaissie, et qu'elle a perdu sa souplesse.

Le même jour on lui fait un raclage de sa plaque tuberculeuse. Lavage avec une brosse, de l'eau chaude et du savon; ce nettoyage est très douloureux; puis lavage à l'éther et enfin à l'eau phéniquée forte. La main étant recouverte d'une compresse de tarlatane qu'on a préalablement fait bouillir dans une solution de sublimé au millième, la lésion est grattée avec la grande eurette de Volkmann, en commençant par la périphérie et en ne craignant pas d'empiéter sur la

peau saine. Il se produit une hémorrhagie en nappe assez abondante; mais qui est très facilement arrêtée par une compression énergique avec des compresses imbibées de sublimé. Le raclage est ensuite repris et terminé sans encombre. Les lésions étaient assez profondes et dans la plaie on voit les gaines des tendons extenseurs de l'annulaire et de l'auriculaire.

Cette intervention a été pratiquée sans que la malade ait souffert. L'anesthésie obtenue avec 9 centimètres cubes d'une solution de cocaïne à 1 gramme pour 150 grammes d'eau, a été presque complète.

Après un lavage soigneux à l'eau phéniquée forte et après régularisation des bords de la plaie avec des ciseaux courbes, un pansement iodoformé ouaté est appliqué.

Un deuxième pansement est appliqué quinze jours après. La plaie est en voie de cicatrisation et a très bon aspect.

Au troisième pansement, il ne reste plus que quelques petits points bourgeonnants. Le reste est cicatrisé.

C. — *L'ablation*

Sur l'ablation dans le traitement des lupus, M. Brocq (Traitement des maladies de la peau), n'écrit que les quelques lignes suivantes :

« L'ablation avait été autrefois assez employée ; puis on s'est aperçu qu'elle ne met pas toujours à l'abri d'une récurrence, aussi l'avait-on abandonnée. On a actuellement tendance à y revenir, et à la combiner avec la transplantation épidermique d'après le procédé de Thiersch. Nous croyons qu'on peut essayer d'y avoir recours dans certains cas de lupus minuscules que l'on enlève largement, surtout lorsqu'ils siègent en des endroits habituellement recouverts de vêtements. »

Il nous semble qu'on pourrait attacher une plus grande importance à ce mode de traitement des lupus, qui a donné en maintes circonstances, à l'étranger et en France, de si beaux résultats.

Sans parler des anciens auteurs qui ont employé ce traitement à l'époque où toute plaie était

presque fatalement infectée, nous croyons devoir signaler l'article de Stowers (The Practitioner 1886) dans lequel cet auteur préconise cette méthode et conseille l'abrasion dans le traitement des lupus. Après l'étude de Hahn sur le lupus des extrémités, vient l'observation de Schwartz et qui a trait à un lupus rebelle du front. Ce chirurgien en pratiqua l'extirpation totale, suivie d'une autoplastie par la méthode italienne. Le pédicule fut sectionné au dixième jour. La guérison immédiate fut parfaite.

Urban, après destruction des lupus, employa la greffe suivant la méthode de Thiersch.

Baur (*Thèse de Nancy* 1891), après avoir passé en revue les divers modes de traitement du lupus, examine un procédé employé d'abord par Hahn, puis repris par Vautrin à Nancy et qui est celui dont nous nous occupons en ce moment. L'ablation du lupus est faite au bistouri, puis sur la cuisse ou l'avant-bras, on prend un lambeau aussi épidermique que possible, n'entamant que le sommet des papilles du derme. On fait ensuite un pansement aseptique qui est renouvelé au troisième ou quatrième jour.

Les dimensions du lambeau taillé pour recou-

vrir la perte de substance doivent être calculées de telle façon qu'en tenant compte de la rétraction cutanée, il recouvre la plaie dans toute son étendue.

Nous n'avons pas vu recourir à ce procédé, mais nous sommes convaincu qu'il doit donner d'excellents résultats.

Cette même question a été l'objet d'une discussion à la London médical Society et les dermatologistes anglais y ont préconisé l'ablation suivie de la greffe à grands lambeaux. Ce traitement ne concernait d'ailleurs que les lupus de la face; mais cette discussion démontre que le mode de traitement par le bistouri peut être utilisé avec avantage dans d'autres lupus que ceux des membres, les seuls dont nous ayons l'intention de nous occuper.

Enfin, Bidderel, dans un article qui a trait sur bien des points à l'ablation chirurgicale, conseille le traitement radical du lupus (*Lancet* 1894).

Quand à nous, voici les deux procédés que nous avons vu employer et les résultats ont été excellents :

1° *Ablation du lupus verruqueux au bistouri.*
Suture des lèvres de la plaie.

Lorsque le lupus siège en une région à peau fine et peu adhérente aux tissus sous-jacents, lorsque ses dimensions ne sont pas considérables, lorsqu'en un mot le glissement peut être suffisant pour ramener les lèvres au contact, le traitement qui donne le plus rapidement la guérison et qui laisse la cicatrice la moins visible est certainement le suivant.

Le placard de tuberculose verruqueuse ayant été préalablement aseptisé, comme nous l'avons indiqué plus haut, on le cerne, par une incision au bistouri, pratiquée en peau saine, à quelques millimètres des bords du placard. Cette incision doit comprendre l'épiderme et le derme dans toute son épaisseur.

Le sang étant étanché, avec une pince à griffes on saisit au bord de la lésion, puis on soulève en décollant le derme du tissu cellulaire sous-cutané.

L'extirpation totale est ainsi faite très rapidement.

Il ne reste plus alors qu'à rapprocher et à unir

les deux lèvres de la perte de substance produite. Pour y arriver, on peut, à la rigueur, décoller sur une plus ou moins grande étendue les téguments voisins, et si on craint de tirailler par trop la peau, faire quelques sutures profondes au catgut.

La suture superficielle est faite avec des crins de Florence, qu'on serre jusqu'à ce que les surfaces avivées viennent au contact l'une de l'autre.

Quand l'antisepsie est bien faite la réunion a lieu par première intention et on a ainsi une cicatrice linéaire, qui, il est vrai, s'élargit un peu par la suite. Mais le malade a le grand avantage d'être guéri très rapidement en douze ou quinze jours et d'une façon pour le moins aussi certaine que par les autres traitements.

2° Ablation des lupus verruqueux sans suture de la plaie.

Elle se pratique comme dans l'autre procédé, avec cette différence qu'on ne cherche pas à obtenir la réunion par première intention. Ce procédé est surtout applicable aux lupus très étendus.

Dans ces cas on peut laisser la plaie se cicatriser

par elle-même ; mais on peut hâter la cicatrisation par les greffes cutanées. On a d'ailleurs le choix entre la méthode de Reverdin, qui a l'inconvénient de donner des cicatrices un peu irrégulières, plus épaisses dans les points ou les îlots ont été appliqués, entre la méthode de Thiersch qui a, de son côté, l'inconvénient de créer une perte de substance pour en combler une autre, ou enfin par les autoplasties à grands lambeaux, avec ou sans pédicule et qui sont peut-être les meilleures.

La méthode que M. le Dr Berger emploie pour les ulcères de jambe et qui donne entre ses mains de si beaux résultats, serait certainement une méthode à essayer d'après les ablations du lupus, mais nous ne croyons pas qu'aucune tentative ait été faite dans ce sens.

Voici maintenant quelques observations, toutes inédites dans lesquelles l'ablation des lupus verruqueux a été essayée. Comme on le verra en les lisant, les résultats sont assez beaux pour que nous ayons le droit de mettre cette méthode (nous ne parlons que des lupus verruqueux des membres), en parallèle avec celles qui sont, en général, employées en France.

OBSERVATIONS

OBSERVATION V

*Lupus verruqueux de la main. Ablation. Suture.
Réunion par première intention*

Marie K... vient à l'hôpital Saint-Louis, le 23 janvier 1895. Sans antécédents personnels ni héréditaires méritant d'être notés, elle est atteinte d'un lupus verruqueux de la face dorsale de la main droite. Cette lésion a débuté, il y a environ un an, par une petite verrucosité qui a gagné peu à peu en étendue, d'une manière excentrique, en conservant une forme régulière.

Son évolution ne s'est accompagnée d'aucun trouble bien considérable. La malade éprouvait seulement des démangeaisons assez vives et depuis le commencement de l'hiver, des gerçures étant apparues, une sensation de cuisson assez vive à leur niveau.

Etat actuel : le placard tuberculeux a environ la di-

mension d'une pièce de cinq francs. Il occupe la partie interne dorsale de la main. Il présente une coloration générale d'un blanc grisâtre qui est due à l'existence de croûtes, ou mieux pour dire, d'épaississements épidermiques, lesquels sont formés de masses très petites séparées les unes des autres par des rhagades, de fissures assez profondes. L'aspect rappelle un peu celui du sommet de certaines verrues. La peau est très épaissie, et cet épaississement est maximum au centre où il paraît être de deux à trois millimètres. Si on fait un pli à la peau, exploration d'ailleurs assez douloureuse, on sent encore bien plus nettement cet épaississement et du derme et de l'épiderme.

La malade acceptant l'extirpation, elle est d'abord insensibilisée à l'aide d'injections de cocaïne (solution à 1 pour 100 : 8 centimètres cubes). L'anesthésie est surtout minutieusement recherchée à la périphérie et un peu en dehors de la plaque éruptive. Deux incisions courbes, se regardant par leur concavité, longues de sept centimètres, écartées l'une de l'autre de quatre centimètres et demi en leur milieu, se rejoignant par leurs extrémités, circonscrivent la plaque qui est ensuite rapidement décollée du tissu cellulaire sous-cutané.

Il reste alors une vaste brèche saignante, composée de tissus parfaitement normaux. Deux plans de suture au crin de Florence rapprochent alors les lèvres de la plaie

qui, à l'aide de tractions assez énergiques, sont amenées au contact. Un pansement iodoformé ouaté assez serré arrête la petite hémorrhagie. Pas de drainage. La malade s'en retourne chez elle.

Elle revient au bout de huit jours. Les sutures profondes sont enlevée ainsi que la moitié des sutures superficielles.

Au treizième jour : ablation des autres points de suture superficiels. La réunion est parfaite. On fait seulement un petit pansement collodionné.

Au quinzième jour, il est enlevé. La guérison est complète. La cicatrice linéaire.

Nous revoyons cette femme deux mois après. La cicatrice est un peu élargie ; mais, elle a pourtant très bon aspect. Il n'y a pas trace de récurrence. Elle ne souffre nullement et se sert parfaitement de sa main ; tous les mouvements sont parfaitement libres.

OBSERVATION VI

Lupus verruqueux de la face interne de la région du cou-de-pied. Extirpation au bistouri. Suture. Suppuration. Guérison par seconde intention.

Albert W..., entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Ba-

zin, lit n° 26, le 13 février 1895. Depuis quatre mois, il a remarqué au-dessous de la malléole interne une plaque dure, saillante, qui se développe et grandit peu à peu et qui le gêne considérable dans la marche.

A l'examen, on constate qu'il s'agit d'un placard de lupus verruqueux caractérisé par un épaissement de la peau, entouré d'un cercle érythémateux. La surface est tapissée de saillies épidermiques épaisses, dures, qui donnent la sensation d'une râpe, ces saillies sont toutes de petites dimensions, séparées les unes des autres par des sillons plus ou moins profonds. Les dimensions totales du placard sont quatre centimètres et cinq centimètres et demi.

Le diagnostic s'impose et le traitement employé est l'ablation au bistouri. Les incisions portent sur les tissus sains dans toute leur étendue.

Pour rapprocher les lèvres de la plaie, les parties voisines des téguments sont décollées sur une étendue de quelques centimètres. Elles sont alors amenées au contact. Pansement sec, iodoformée.

Six jours après, le malade se plaignant de souffrir, le pansement est défait. Les bords de la plaie sont rouges, enflammés. Il y a du pus. Les sutures sont en partie enlevées et la plaie nettoyée et drainée.

Le douzième jour : ablation des autres points de suture. Les parties non réunies bourgeonnent et mar-

chent vers la cicatrisation.

Celle-ci est complète au vingt-troisième jour et le malade sort guéri.

Nous ne l'avons pas revu.

OBSERVATION VII

Lupus verruqueux de la région du mollet. Dimensions considérables. Ablation au bistouri. Pansement à plat. Greffes cutanées suivant la méthode de Reverdin. Guérison en cinq semaines.

Georges K..., âgé de trente-cinq ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 23 novembre 1894. Il se porte ordinairement bien ; mais depuis trois ans et demi, a constaté sur sa jambe gauche, dans la région du mollet, l'apparition d'un placard éruptif autour duquel sont apparus bientôt d'autres placards analogues ; puis chacun s'étendant peu à peu, ils se sont réunis par confluence pour former la large plaque qui existe aujourd'hui, et dont les dimensions sont à peu près celles de la paume de la main.

Ses caractères sont ceux du *lupus verruqueux* : zone rouge à la périphérie, épaissement de la peau dans le centre. Saillies épidermiques très petites, mais très épaisses, séparées toutes par des fissures étroites et profondes.

Les troubles fonctionnels sont nuls ou à peu près ; mais la pression sur cette plaque détermine l'apparition de douleurs assez vives.

Il est traité par l'extirpation. L'anesthésie est pratiquée et obtenue à l'aide d'une solution de cocaïne à 1/2 pour 100 dont il est injecté vingt-quatre centimètres cubes.

Il reste après l'ablation de la lésion une vaste surface saignante dont les bords ne peuvent être amenées au contact l'un de l'autre. Pansement sec, à plat.

Huit jours après, ce pansement est enlevé et la plaie est couverte d'une centaine de petites greffes (méthode de Reverdin). Pansement au diachylon cinq jours après ce pansement est changé. Suppuration assez abondante.

Toutes les greffes sont très vivaces et une guérison rapide peut être prédite (pansement boriqué humide).

Douze jours après, les greffes se sont considérablement étendus, et se sont rejointes sur presque tous les points. La suppuration est à peu près tarie (pansement iodoformé).

Cinq semaines après l'intervention, cet homme sort complètement guéri. Sa cicatrice est belle, bien que formée de points blancs entourés de cercles rougeâtres.

Il n'y a pas de trace récidive de la tuberculose verruqueuse.

CONCLUSIONS

Les méthodes nombreuses qui ont été proposées contre les lupus et qui sont encore utilisées aujourd'hui, présentent des avantages et des inconvénients divers. Toutes ont leurs indications spéciales, et c'est au dermatologiste à choisir celle qui convient le mieux au cas qu'il a sous les yeux. D'ailleurs, lorsqu'on a recours aux traitements non chirurgicaux des moyens divers, doivent être employés successivement, pour arriver à une guérison complète avec le minimum de déformation possible.

Dans les cas de tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf, de lupus scléreux et papillomateux, c'est-à-dire dans bon nombre de lupus des membres, l'important est d'arriver dans le mini-

mum de temps, à obtenir une guérison complète sans impotence fonctionnelle. La beauté de la cicatrice, n'a ici qu'une importance accessoire, ou du moins, beaucoup moins importante qu'au visage.

Ces lupus sont donc justiciables de deux traitements principaux, ayant chacun d'ailleurs, ses indications. Ce sont :

- 1° Le raclage à la curette ;
- 2° L'extirpation, l'ablation au bistouri suivie ou non de greffes.

Le raclage a surtout des avantages lorsqu'on a à traiter les lupus de la face dorsale des doigts et ceux des régions où la peau est dense, adhérente aux couches sous-jacentes et aussi ceux qui sont situés dans une région où une main inexpérimentée pourrait blesser un organe de quelque importance.

Dans les autres cas, l'ablation au bistouri suivie de suture, pour obtenir la réunion par première intention, de greffes pour hâter la cicatrisation, a donné sous nos yeux d'excellents résultats. Leur immense avantage est l'extrême rapidité avec laquelle la guérison, sinon définitive, du moins apparente est obtenue.

Ces traitements, sans doute, ne mettent pas à

l'abri des récidives. Sur ce point, ils pourraient donc être justiciables du même reproche que les autres modes de traitement.

Mais, comme l'a fait observer M. Broca, lorsque la récidive a lieu, elle se produit sous forme de très petits placards, qu'il est très facile de détruire par un moyen quelconque.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

WALKER. — Variétés communes du lupus, leur traitement. (Edinburg médical journal. août 1894).

M. CECI. — Le lupus tuberculeux et son traitement local (Il Morgagni, page 31, janvier 1894).

DUBOIS-HAVENITH. — Traitement du lupus d'après son siège. (La polyclinique de Bruxelles, 1^{er} novembre 1894).

BONAUDRINI. — La crisarobina nel lupus tuberculare, osservazione clinica ed istologica. (Clin. derm. e sifili delta B. Universale di genova, XI. 1892).

BYROM-BRAMWELL. — (British médical journal, p. 786, 14 avril 1894). Two cases of lupus treated by thyroïd extract.

DUBOIS HAVENITH. — Du traitement du lupus vulgaire. (La polyclinique de Bruxelles, 1^{er} juillet 1894).

- BIDERELL. — Letraitement radical du lupus. (Lancet, 21 juillet 1894).
- ELSENBERG. — Traitement du lupus par le parachlorophénol. (Arch. für Dermatologie, XXVIII, 1, 1894).
- SYMPSON. — Traitement du lupus par l'acide salicylique. (Practitioner, février 1894).
- MOUREK. — Injections de nucléine contre le lupus. (Wiener médical Wochenschrift, 35, 1893).
- SCHÜTZ. — Traitement du lupus vulgaire. (Archive für Dermatologie, XXVI, 1, 1893).
- VEIEL. — Traitement du lupus par le pyrogallol. (Berlin klin. Wochenschrift, 25 septembre 1893).
- KOSSEL. — Traitement du lupus par la tuberculine. (Dermat. Leitschrift, I, 1, 1893).
- SECHI. — Traitement du lupus par la tuberculine. (Riforma medica, 24 juillet 1893).
- HEIDENHAIN. — Traitement du lupus. (Deutsche medical Wochenschrift, 22, page 530, 1893).
- MORRIS. — Effets de la tuberculine combinée avec les méthodes chirurgicales dans le traitement du lupus. (Ibidem, 24 juin).
- T. TOMMASOLI. — Sur quelques tentatives de traitement local du lupus par les injections de

sérum de sang de chien. (La Riforma medica, 20 mai 1893).

TCHERNOGUBOFF. — De l'emploi du galvano-cautère dans le lupus. (Meditz. Oboszrenié, n° 13, 1892).

KRAMER. — Traitement du lupus de la peau. (Annals of, surgery, part. 1, 1893).

CLARKE. — Traitement du lupus de la face par l'ablation et la greffe à grands lambeaux. (London medical Society, 13 Anars 1893).

HÉBRA. — Traitement du lupus par les injections de thyosinamine, (Berlin klinike Wochenschrift, n° 9, 31 octobre 1892).

VAN HOORN. — Tuberculine et tuberculocidine contre le lupus. (Monatshefte für praktische dermatologie, XV, 12).

DUCASTEL. — Traitement du lupus. (Union médicale, 9 avril 1892). — Traitement local et non chirurgical du lupus tuberculeux. (Revue générale de clinique 36, page 568, 1892).

CHOUT. — Du lupus tuberculeux, nouveau mode de traitement (Thèse de Nancy).

DUBREUILH. — Traitement du Iupus à nodules disséminés (Journal médical de Bordeaux, 25 septembre 1892).

- BAUR. — Traitement du lupus. Emploi des greffes dermo-épidermiques (Thèse de Nancy 1891).
- UUNA. — Berbuis klein. Wochens, n° 46 p. 1123, 9 novembre 1891). Effets de l'acide phénique et de l'essence de girofle sur les tissus du lupus.
- CORLETT. — Diagnostic et traitement du lupus (Medical News, 18 juin 1892).
- URBAN. — Traitement du lupus par la méthode de Thiersch. (Berlin klin. Wochenschrift, p. 127, 8 février 1892).
- COGNAC. — Lupus tuberculeux verruqueux (Journal de Médecine de Bordeaux, 21 février 1892).
- ELSENBERG. — Le traitement du lupus par la méthode de Koch. (Wiener Medical Presse, 3 janvier 1892).
- KRAMER. — Traitement du lupus cutané (Centralblatte für chirurgie, 27 février 1892).
- BROOKE. — Traitement de la scrofulodermie et du lupus (Monatshefte für prak. Dermatologie, XIV, 4. 1891).
- BROCA. — Traitement du lupus par le raclage (Mercredi médical 16 décembre 1891.)
- BESNIER. — Traitement de la tuberculose lupique

(Revue générale de clinique, n° 2, p. 17, 1891).

Discussion de la réunion dermatologique sur le traitement du lupus (Berlin klin. Wochenschrift, 2 mars 1891).

LELOIR. — Traitement du lupus (Bulletin médical, janvier 1891).

SCHWARTZ. — Lupus rebelle du front, extirpation, autoplastie par la méthode italienne. Section du pédicule au 10^e jour. Guérison (Bulletin de la Société de Chirurgie XVI, p. 782).

JARISH. — Traitement du lupus vulgaire (Centralbatte für Therapie, p. 450, 1890).

JACKSON. — Electrolyse dans le traitement du lupus vulgaire. Journal of cutaneous diseases, novembre 1890).

HALM. — Du lupus des extrémités (Archiv für Dermatolol. XXII, 4 et 5).

BROOKE. — Traitement préliminaire du lupus vulgaire (British journal of Dermatologie, mai 1890).

OLAVIDE. — Sur le traitement comparatif du lupus (in 8°, Paris).

CIAROCCHI. — Guérison du lupus par le streptocoque de l'érysipèle (Bull. dell. Soc. Lanciaiana Roma, VIII, 3).

HELLER. — Traitement du lupus (Wiener med. Presse, n° 16, p. 155, 1888).

RUSTHON-PARKER. — Traitement du lupus par la scarification (British medical Journal, p. 66, juillet 1888).

MOREL-LAVALLÉE. — Lupus de la main, etc. amélioration par les injections d'éther iodoformé.

TANSINI. — Injections de sublimé dans le lupus ; guérison (Gaz. di Ospit. n° 47, 1887).

BRUMA. — Guérison, d'un lupus vulgaire par la galvanocaustie. Berlin. Klin. Wochenschrift, 26 juillet 1886.

STOWERS. — Le traitement du lupus par abrasion (The practitioner, octobre, 1886).

GARTNER et LUTZGARTEN. — Traitement du lupus par l'électrolyse (Société des médecins de Vienne, 21 mars 1886).

Dictionnaire encyclopédique clopédique des sciences médicales (article Lupus).

KAPOSI. — Pathologie et traitement des maladies

de la peau, traductions et annotations de
MM. Besnier et Doyon.

BROCQ. — Traité des maladies de la peau.

TENNESON. — Traité des maladies de la peau.



Vu par le Président de la Thèse,

FOURNIER

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

